



手术知情同意书

科室：血管外科医疗单元

登记号：[REDACTED]

姓名：[REDACTED] 性别：女

年龄：54岁

床号：[REDACTED]

临床诊断：1. 右肾占位伴肾静脉血栓形成：瘤栓？、2. 左侧腹膜后巨大占位

麻醉方式：全身麻醉

疾病介绍，治疗方案建议及患方选择：

根据现有的医学技术，有以下治疗方案可供选择：

1. 根据现有医疗条件，可选择的手术方式如下：右肾肿瘤切除+右肾切除+左侧腹膜后肿瘤切除

2. 其他治疗方案：保守治疗

经医生详细介绍疾病相关知识及上述各种治疗方案，通过对各种治疗方案的优缺点、治疗费用及相关风险综合评估，我慎重选择并要求采取____右肾肿瘤切除+右肾切除+左侧腹膜后肿瘤切除____方案进行治疗。

手术风险：

医生告知我手术可能发生的一些风险如下，有些不常见或未知的风险可能没有在此列出，具体的手术方式根据不同患者的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术、麻醉都存在风险。

2. 我理解任何药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解手术可能发生的常规风险如下：

1) 麻醉并发症（详见麻醉知情同意书）；

2) 术中、术后大出血，严重者可致休克，甚至死亡；

3) 术中根据具体病情改变手术方式；

4) 术中损伤神经、血管及邻近器官；

5) 伤口并发症：出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、脂肪液化、伤口不愈合，瘘管及窦道形成；

6) 血管栓塞：严重者可导致昏迷及呼吸衰竭，危及生命安全；

7) 呼吸系统并发症：肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等；

8) 循环系统并发症：心律失常、心肌梗塞、心力衰竭、心跳骤停；

9) 尿路感染及肾衰；

10) 脑并发症：脑血管意外、癫痫、脑梗塞、脑出血等；

11) 精神并发症：手术后精神病及其他精神问题；

12) 血栓性静脉炎以致肺栓塞、脑栓塞等；

13) 术后多器官功能衰竭（心功能、肾功能、肝功能、呼吸功能、胃肠道功能等），凝血功能障碍，播散性血管内凝血DIC等，危及生命；

14) 水电解质平衡紊乱；

15) 诱发原有疾病恶化；

16) 术后病理报告与术中冰冻活检结果不符；

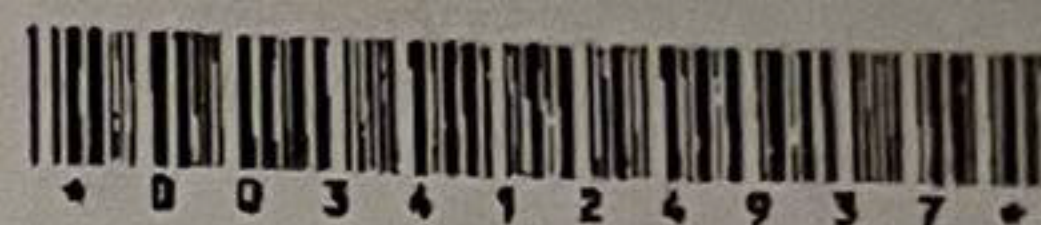
17) 再次手术；

18) 其他不可预料不良后果；

4. 专科可能出现的意外和并发症如下：1、术后肿瘤复发，以后根据情况可能再次或多次手术。2

、根据术中发现决定手术方式，可能无法完整切除，仅切取部分作活检，血管可能受累，需切取自体血管或人工血管作为移植材料。3、术中、术后血管栓塞或血栓形成（包括心脑血管意外、肺

患方签名：[REDACTED]



手术知情同意书

科室：血管外科医疗单元

登记号：[REDACTED]

栓塞），术后移植血管狭窄，必要时需再手术。4、血管吻合口漏、动脉瘤形成、移植物感染，必要时需再手术。5、术中、术后可能因肠道缺血需行肠切除、肠造瘘术，术后胃肠功能障碍。6、术中发现肿瘤侵及周围结构组织，可能切除部分脏器（肝胆胰脾肾、输尿管、膀胱、胃肠道、膈肌等），术中、术后多器官功能障碍（包括肝肾功能、呼吸功能、胃肠功能障碍）。7、术后肠漏。8、术中、术后重要脏器功能衰竭。9、术后淋巴管瘘，切口感染。10、最后诊断由病理结果决定，可能为恶性肿瘤，预后差。11、可能需长期口服抗凝、祛聚等药物，有出血风险。12、术后损伤周围脏器，影响脏器功能。13、术中若发现恶性肿瘤已有其他部位多发转移，可能会终止手术。14、术中血压波动较大，术中、术后可能出现脑出血、心脑血管意外、脑水肿等，危及生命。15、术后转监护室治疗，费用较高，可能无法脱机。16、肝静脉损伤，静脉血栓形成。17、周围组织器官损伤，包括损伤肝脏、胆道、肾脏、肠道、输尿管等。18、术后短期内根据病情变化可能再次手术。19、手术可能切开膈肌，可能损伤胸腔内脏器，可能出现血胸、气胸、胸水、严重感染等。20、其他不可预料的情况和风险。

5. 本手术提醒患者及亲属注意的其他事项：

6. 关于合并症的相关风险告知：

我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等基础疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

7. 我理解术后如果我的体位不当、咳痰不力，或不遵医嘱，可能影响手术效果。

8. 我知道一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择：

我的医生已经告知我病情、将要进行的手术方式、手术中及手术后可能发生的并发症和风险，可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于该手术的相关问题。

我要求为我（患者）施行手术，并理解手术并发症和手术风险。

我授权在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式作出调整。

我理解我的手术需要多位医生共同进行。

我授权医师根据手术中具体情况做冰冻活检。

我授权医师对手术切除的病变器官、组织或采取的血液等标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理，以及用于教学、科学研究等。

我并未得到手术和治疗百分之百成功的许诺。一旦发生上述风险，我授权医生根据情况决定抢救诊疗方案，并同意支付所发生的诊疗抢救费用。

我的其他说明：

患者签名：

签名日期： 年 月 日

如果患者无法或不宜签署该知情同意书，请其授权的代理人或近亲属在此签名：

患者授权的代理人或近亲属签名

与患者关系： [REDACTED]

签名日期：2021年4月27日

医生陈述：

我已经告知患者的病情、将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险，可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于该手术的相关问题。

医师签名： [REDACTED]

签名日期：2021年6月27日

患方签名： [REDACTED]